

## 医療通訳派遣同意書

私は、私の治療に必要な診察、検査、インフォームド・コンセント等において、以下の条項を了解した上で、「あいち医療通訳システム」による医療通訳者の派遣に同意します。

### <同意事項>

- 1 医療通訳者の派遣に係る利用料（日常通訳料 3,000 円、高度通訳料 5,000 円、別途交通費）の 2 分の 1 を治療費とともに支払うこと。  
\*ただし、利用時間が 2 時間を超えた場合、1 時間毎に通訳料の 4 分の 1 を加算。
- 2 キャンセルする場合は、前日の午後 5 時までに医療機関へ連絡すること。
- 3 私の都合により、前日の午後 5 時までに連絡せずにキャンセルした場合には、利用料の全額を支払うこと。
- 4 医療通訳者には通訳のみを依頼し、個人的な相談等は依頼しないこと。
- 5 万が一、通訳過誤があっても、医療機関、通訳者、あいち医療通訳システム推進協議会（各会員を含む。）に対して損害賠償を請求しないこと。
- 6 あいち医療通訳システムを運営する上で必要となる性別、年代、居住地（市町村レベル）や適確に通訳をする上で必要となる病状等の情報を事務局に報告すること。  
\*氏名は報告しません。また、この情報は上記の目的以外には使用しません。

年 月 日

氏名：

印または署名

## 医疗口译派遣同意书

我，在治疗上需要的诊察，检查，治疗及手术前详细说明并同意等，在理解以下条例的基础上，同意「爱知医疗口译系统」的医疗口译者派遣。

### <同意事项>

- 1 医疗翻译派遣费用的一半将与医疗费一起支付。  
※但是，如果使用时间超过 2 小时，则每增加 1 小时将加收 1/4 的口译费。
- 2 取消时，请在前一天的下午 5 点之前与医疗机关联系。
- 3 由于自己的原因，前一天下午 5 点之前没有与医疗机关联系而取消的情况下，将支付全部的费用。
- 4 对医疗口译者只进行口译的委托，不进行个人的咨询等。
- 5 万一，在口译上出现过失，不对医疗机关，口译者，爱知医疗口译系统推进协议会（包括各会员）进行损害赔偿请求。
- 6 爱知医疗口译系统运营上所需要的性别，年代，居住地（市町村程度），以及为准确进行口译而需要的病状等的资料将会报告给事務局。  
\*不会公开姓名。并且，本资料除上記内容目的以外不进行使用。

年 月 日

姓名：

印章或签名